**תאריך\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**אישור הורים להערכה פסיכולוגית/טיפול פסיכולוגי ביחידה למניעת אובדנות**

התלמיד/ה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_מספר ת.ז. ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם גן/בית הספר בו הוא/היא לומד/ת \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ כיתה \_\_\_\_\_\_\_

שם המפנה \_\_\_\_\_\_\_\_\_ תפקידו \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

הריני מאשר/ת להעביר מידע מצוות בית הספר לשירות הפסיכולוגי חינוכי של עיריית רמת גן.

כמו כן הריני מאשר/ת לפסיכולוג/ית מהשירות הפסיכולוגי החינוכי, שהינו פסיכולוג/ית מומחה או מתמחה המלווה בהדרכה, להיפגש עם בני/בתי ולבצע הערכה פסיכולוגית ו/או לקיים טיפול פסיכולוגי.

שם ההורה ­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימת ההורה \_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם ההורה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימת ההורה \_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_